VI. SPRAWOZDANIE

z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem

od dnia 1. stycznia 1909 do dnia 31. grudnia 1909 włącznie

ułożyli

Dr Kazimierz Dłuski
dyrektor Zakładu.

Dr Stefan Rudzki,
I. asystent.

W KRAKOWIE

W DRUKARNI C. K. UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM J. FILIPOWSKIEGO

1910

VI. SPRAWOZDANIE

z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem

od dnia 1. stycznia 1909 do dnia 31. grudnia 1909 włącznie

ułożyli

Dr Kazimierz Dłuski
dyrektor Zakładu.

Dr Stefan Rudzki,
I. asystent.

W KRAKOWIE

W DRUKARNI C. K. UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM J. FILIPOWSKIEGO

1910

Osobne odbicie z »Przeglądu lekarskiego«, 1910.
Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

VI. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od dnia 1. stycznia 1909 do dnia 31. grudnia 1909 r. włącznie

ułożyli

Dr Kazimierz Dłuski,
dyrektor Zakładu.

Dr Stefan Rudzki,
I. asystent.

Podajemy do publicznej wiadomości szóste z rzędu sprawozdanie z działalności Sanatoryum, które z przyczyn od nas niezależnych uległo opóźnieniu. W sprawozdaniu niniejszem trzymamy się tych samych wytycznych, jak i w poprzednich. Zamykamy je w dwóch tablicach: I. Ruch chorych i II. Wyniki leczenia.

Pierwsza zawiera całą liczbę chorych, którzy przebywali w Zakładzie w celach leczenia w 1909 r., druga zaś tych chorych, którzy leczyli się conajmniej 30 dni, gdyż ten okres czasu przyjęliśmy za pewne minimalne kryteryum, pozwalające wyrobić sobie choć w przybliżeniu pogląd na przebieg choroby u danego chorego. Tym sposobem do sprawozdania lekarskiego nie wchodzą chorzy, którzy przybyli już po 1. grudnia 1909 r. i którzy wejdą do następnego sprawozdania za rok 1910, o ile leczyli się conajmniej 30 dni.

Ogólna liczba chorych w 1909 r. wynosi 350, z niej zaś przypada na Polaków 299, na Rosyan 33, na Rusinów 13 i na inne narodowości 5 (2 Niemców, 1 Francuz, 1 Węgierka i 1 Gruzinka). W tablicy z wynikami leczenia znajduje się tylko 303 chorych, odpada zaś 47 chorych, którzy leczyli się mniej niż 30 dni.

Nadmienić winniśmy, że w liczbie 303 chorych znajduje się 66, z których 37 leczyło się po raz drugi w Sanatoryum, 16 po raz trzeci i wreszcie 9 po raz czwarty.

Co się tyczy metod leczenia, stosujemy już od roku 1907, jak wiadomo z poprzednich sprawozdań, tuberkulinę Beranecka (TBK) obok dawnej ogólnie znanej metody Brehmera-Dettweilera.

O tuberkulinie Beranecka obszerniej mówić nie będziemy; odsyłamy czytelnika, ciekawego zasad swoistego leczenia i szczegółów stosowania TBK, do pracy jednego z nas dwóch, która była przedmiotem referatu na I. Zjeździe internistów polskich w Krakowie (lipiec 1909 r.) i ukazała się w druku w bieżącym roku[1]).

W ciągu 1909 r. stosowaliśmy TBK razem u 40 chorych. Ponieważ w przytoczonej poniżej pracy podajemy wyniki, dotyczące 44 chorych, u których robiliśmy wstrzykiwania TBK od 1. I. 1907 do 1. VII. 1909 r., więc niepodobna nam w chwili obecnej mówić o dokładnych wynikach stosowania TBK w drugiej połowie 1909 r., leczenie bowiem u niektórych chorych nie było w dniu 31. grudnia 1909 r. ukończone i prowadzono je dalej w 1910 r. Możemy tylko raz jeszcze powtórzyć, że wyniki stosowania TBK, jakie otrzymaliśmy w ciągu $2\frac{1}{2}$ lat u 44 chorych, są w swych średnich liczbach niższe od wyników przy wyłącznem stosowaniu metody higieniczno-dyetetycznej.

Natomiast, — i na to położyliśmy nacisk w naszej pracy, — mamy wyniki kazuistyczne przy stosowaniu TBK u ciężko chorych na płuca z powikłaniami nawet w innych narządach (np. gruźlica krtani) — nader pomyślne. Sądzimy nadto, opierając się na przebiegu sprawy chorobowej w tych ciężkich przypadkach, że tak pomyślnych wyników nie otrzymalibyśmy, stosując wyłącznie metodę higieniczno-dyetetyczną. Z drugiej jednak strony nie możemy, — jak tego chcą bezwzględni zwolennicy swoistego leczenia —, widzieć w różnych preparatach tuberkulinowych niezawodne środki przeciw gruźlicy.

W pracy naszej »Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy« (»Przegl. lek.« Nr 20 - 22 1910 r.) staraliśmy się wykazać, że sprawa swoistego leczenia gruźlicy ani z teoretyczno-naukowego, ani z klinicznego stanowiska nie jest dotąd rozstrzygnięta. Różne więc przetwory, pochodzące z TBC, mogą w umiejętnych rękach, przy ostrożnem stosowaniu, odgrywać rolę środka tylko pomocniczego; zasa-

[1]) Dr Kazimierz Dłuski: O stosowaniu tuberkuliny Beranecka (TBK) w gruźlicy płuc. »Przegląd lekarski«, 1910, Nr 23.

dniczą zaś metodą pozostaje dotąd metoda higieniczno-dyetetyczna. Do takich wniosków doszli też autorowie naczelnych referatów o swoistem leczeniu gruźlicy na tegorocznym zjeździe internistów niemieckich w Wiesbadenie (Prof. Penzoldt z Erlangen).

O metodzie higieniczno-dyetetycznej obszernie mówić nie będziemy, jako o rzeczy powszechnie znanej. Poświęcimy tylko krótką wzmiankę niektórym szczegółom jej stosowania w naszym Zakładzie, przypominając, że streszcza się ona w trzech zasadniczych punktach: stałe oddychanie świeżem powietrzem, odpowiednie odżywianie i spokój fizyczny oraz psychiczny, przy uwzględnieniu indywidualnych właściwości chorego. Jeśli oddychanie świeżem powietrzem nazywamy stałem, to z tego powodu, iż wszyscy chorzy, z wyjątkiem gorączkujących, spędzają obowiązkowe 6 godzin na werandach (do 7 wieczorem) niektórzy z nich werandują i w godzinach wieczornych zimą i latem, stosownie do stanu pogody. Dalej wszyscy chorzy sypiają przy otwartych oknach lub górnych szybach, stosownie do stanu pogody latem i zimą, z nielicznymi wyjątkami, dotyczącymi chorych, zbyt wrażliwych na chłód. Poza obowiązkowemi godzinami werandowania, chorzy silniejsi używają spacerów w różnych odstępach czasu do 2–3 godzin dziennie, zaczynając od krótkich 10—15 minutowych pod nadzorem lekarskim. Słabsi zaś spędzają te 2—3 godzin przesiadując w chwilach wolnych od werandowania na ławkach, gęsto w parku rozstawionych. Zaznaczyć też musimy, że wspólne ubikacye są dokładnie wentylowane, zwłaszcza sale jadalne, przed i po każdem jedzeniu. Co się tyczy chorych gorączkujących, to ci są zmuszeni do leżenia w łóżkach przy otwartych oknach aż do utraty gorączki. Zauważyć jednak należy, że bywają niekiedy przypadki, gdzie ciepłota np. do 37·3—37·4° w ustach, uporczywie się trzyma na tym poziomie pomimo leżenia w łóżku. Wówczas próbujemy wyprowadzać chorych na werandę z początku na pół dnia, później do 4. godziny popołudniu, wreszcie na cały dzień, przeplatając takie częściowe werandowanie leżeniem w łóżku i tym sposobem otrzymujemy niejednokrotnie zupełny spadek ciepłoty. Za regułę takie postępowanie służyć jednak nie może; wymaga ono dokładnej znajomości chorego, a na jej podstawie ścisłego indywidualizowania. Zasadą dla zwalczania gorączki pozostanie zupełny brak ruchu, t. j. leżenie w łóżku przy otwartych oknach. Natural-

nie, znacznie jeszcze lepszem byłoby wysuwanie chorego z łóżkiem na kółkach na balkon przy jego pokoju na cały dzień; ale balkony takie mają wiele niedogodności, o których zbyteczne tu mówić. W każdym razie taką metodę uważamy za najlepszą dla zwalczania gorączki. W znacznej większości przypadków, nawet przy wysokich gorączkach, dochodzących do 39–40°, otrzymujemy pomyślne wyniki, posiłkując się tylko częściowo niewielkiemi dawkami środków przeciwgorączkowych.

O sprawie odżywiania chorych mówiliśmy obszernie w poprzednich sprawozdaniach. Tutaj powiemy w kilku słowach, iż ciągłą troską administracyi Zakładu jest, aby kuchnia była obfita i zdrowa. Że zabiegi jej uwieńczone są pomyślnym skutkiem, dowodzi tego przyrost wagi (patrz tabl. II). Liczby wskazują, iż przyrost ten dotyczy 80% ogółu chorych, stanowiąc najwyższą dotąd cyfrę, gdyż w poprzednich sprawozdaniach mieliśmy najwyżej 75—77%. Poruszając niektóre szczegóły, dodamy, że jedzenie składa się z 5 posiłków dziennie i mleka o godz. 9 wieczorem Mleko otrzymują chorzy na żądanie w dowolnej ilości bezpłatnie i obok wspomnianych 5 posiłków wypijają 1½ litra mleka dziennie. Zaznaczyć też powinniśmy, że wszelkie zaburzenia w trawieniu są przez lekarzy zakładowych bardzo dokładnie uwzględniane przez stosowanie odpowiedniej dyety. Zaburzenia, nawet długotrwałe, ustępują często bez stosowania żadnych lekarstw dzięki dodatniemu działaniu górskiego powietrza na całą przemianę materyi. Fakt ten został stwierdzony niejednokrotnie przez poważnych klinicystów w sanatoryach wysokogórskich.

Pozostaje jeszcze trzeci bardzo ważny punkt, ochrzczony w świecie lekarskim ogólnikowym terminem: »psychoterapia«, który przy leczeniu chorych na gruźlicę odgrywa wybitną rolę. Że każda sprawa chorobowa odbija się ujemnie na układzie nerwowym, dowodzić zbyteczna. Ze nawet najlżejszy katar wprawia człowieka w »zły humor«, to rzecz powszechnie znana. Kto się jednak codziennie styka ze znaczną liczbą chorych na gruźlicę, kto żyje z nimi od rana do wieczora pod wspólnym dachem, kto dzieli z nimi smutki i radości, wiarę i zwątpienie, kto wprawnem okiem śledzi podnoszenie się i opadanie energii duchowej, ten z pewnością przyzna, że zapewne żadna kategorya przewlekle chorych (oprócz chorych dotkniętych specyalnie chorobami nerwowemi) nie ma tak niestałej równowagi psy-

chicznej i tak łatwo jej nie traci, jak właśnie chorzy na gruźlicę. Dlaczego toksyny gruźlicze działają w ten sposób na układ nerwowy, to inna rzecz, wymagająca wszechstronnego naukowego wyświetlenia.

Ale doświadczenie poucza, że tak jest w istocie; ścisłe zaś spostrzeganie chorych z dnia na dzień, z godziny na godzinę (które jest niemożliwe poza zamkniętym zakładem), wykazuje, że sfera psychiczna u gruźliczych, nawet często u lekko chorych, jest mocno dotknięta i że właściwie u rzadko którego z nich jest stan psychiczny zupełnie prawidłowy. Najwięcej cierpi wola i wyobraźnia. Wyobraźnia, nawet u lekko chorych, rysuje im nieraz straszliwe obrazy choroby, doprowadza ich do utraty wiary w wyleczenie, graniczącej z rozpaczą, nad nią zaś nie może zapanować wola, gdyż jest dotknięta w swych osnowach zbytnią pobudliwością układu nerwowego. Tym sposobem chory obraca się w błędnem kole swych zwątpień i rozmyślań. I tu właśnie dokładne zrozumienie i odczucie duchowej istoty chorego przez lekarza, wejście w tajne głębiny jego cierpień i udręczeń, zapanowanie nad jego światem wewnętrznym, skierowanie jego pesymistycznych wrażeń i myśli na właściwe tory, jest czynnikiem rozstrzygającym. Zadanie to niełatwe; wymaga oprócz szczerego współczucia, ogromnego napięcia woli i energii, nieustającej wytrwałości i cierpliwości, ale bardzo często taka praca sowicie jest wynagrodzona. Tego rodzaju »psychoterapia«, hartująca ducha chorego, daje bezwątpienia w swoim zakresie daleko pewniejsze wyniki, niż różne środki swoiste. Oddalając od niego upiory zwątpienia, powracając utraconą energię, odbija się bezpośrednio na ważnych, ale podupadłych z powodu psychicznego stanu czynnościach ustroju, jak sen, łaknienie, trawienie i t. d., i tym sposobem jest dzielnym sprzymierzeńcem przy działaniu bezpośrednich fizycznych czynników.

Wspominając o hartowaniu ducha, po omówieniu głównych środków hartujących ciało, jak stałe używanie świeżego powietrza i odpowiednie odżywienie, musimy wymienić powszechnie używane w sanatoryach dla gruźliczych zabiegi wodolecznicze: nacierania i natryski. Nacierania zaczynamy od wody, zmieszanej nawpół lub w jednej trzeciej części z wyskokiem i przechodzimy stopniowo do czystej; u silniejszych zaś chorych stosujemy następnie natryski, trwające 20—30 sekund, przyczem ciepłota wody

obniża się od 35—10° C. Zauważyć jednak należy, że o ile silniejsi chorzy wogóle bardzo dobrze czują się po takich natryskach, to jednak zdarzają się nieliczne wyjątki z układem nerwowym tak pobudliwym, że i takie lekkie zabiegi muszą być zaniechane. Nacierania stosowaliśmy u 255 chorych, natryski tylko u 25 (natrysków tak mało dlatego, że podczas wielkich przeróbek w gmachu w roku 1909, jak przeniesienie wspólnych ubikacyi z I. piętra na parter i przeróbka ich na I. piętrze na pokoje dla chorych, natryski z konieczności przez dłuższy czas były nieczynne[2]).

Wyniki leczenia zawarte są w kolumnach cyfr, które rzucają należyte światło na cały szereg szczegółów. Rozpatrzmy je pokrótce.

W I. kolumnie wpada w oczy przewaga kobiet, która stale powtarza się już od 1906 r. Uwzględniając, że mężczyzna więcej jest narażony na zakażenie gruźlicą od kobiety, można przewagę kobiet w Sanatoryum wytłómaczyć tą okolicznością, że kobieta łatwiej może oderwać się od swych zajęć, jako mniej związanych z zabezpieczeniem bytu rodziny.

Co się tyczy wieku, to widzimy stale powtarzające się zjawisko, a mianowicie, że lata 21—30, następnie 31—40, dostarczają największego kontyngentu chorych. Chorzy z obu tych okresów wieku stanowią obecnie razem okrągło 64% ogółu, mniej jednak, niż w ostatnich 2 sprawozdaniach, gdzie liczba ta sięgała w IV. sprawozdaniu 85%, w V, — 75%.

Poruszając sprawę obciążenia dziedzicznego, musimy powtórzyć dawniej już wyrażone przez nas zapatrywanie,

---

[2]) Co się tyczy używania lekarstw, musimy nadmienić, że stosujemy je tylko objawowo, nie przypisując im w leczeniu samej sprawy chorobowej zasadniczego znaczenia. Jako środki przeciwgorączkowe stosowaliśmy aspirynę, fenacetynę, piramidon, laktofeninę i inne. Ze środków ogólnie działających i podnoszących działalność całego ustroju stosowaliśmy w przypadkach niedokrwistości żelazo i arsen bądź to wewnętrznie, bądź podskórnie. Z innych zabiegów leczniczych wykonywaliśmy galwanizacyę, faradyzacyę i miesienie wibracyjne w cierpieniach, towarzyszących sprawie głównej, oraz stosowaliśmy bańki, nacierania i t. d. Przeciw bolom w suchem zapaleniu opłucnej oprócz baniek, opasek wysychających i przetworów jodowych, chętnie stosowaliśmy naświetlanie światłem fioletowem, którego działanie częstokroć okazywało się bardzo skuteczne.

że zazwyczaj nie wywiera ono bezpośredniego wpływu na przebieg i wyniki leczenia. W ostatniem V. sprawozdaniu za r. 1908, gdzie liczba dziedzicznie nie obciążonych, wynosząc 40%, była niższa od poprzednich (w I. — 68%, w II. — 48%, w III. — 51%, w IV. — 54%), mieliśmy najlepsze wyniki lecznicze. Obecnie mamy wolnych od wszelkiego obciążenia tylko 37% (okrągło), wyniki zaś, jak poniżej wykażemy, wcale nie odpowiadają wysokiej liczbie obciążonych, t. j. 63% (okrągło). Przechodząc do innych szczegółów, bezpośrednio związanych z wynikami leczniczymi, widzimy z tablicy II, że gorączka znikła u 39·2% chorych, którzy z nią do Zakładu przybyli; laseczniki zaś tylko — u 17·8%. Co się tyczy pierwszej cyfry 39·2%, to widzimy przez zestawienie jej z liczbami z pięciu poprzednich sprawozdań (41%, 48%, 31%, 53·5%, 55·8%), że jest wyższa tylko od cyfry w III. sprawozdaniu (31%). Tymczasem wyniki obecne wcale nie są gorsze od wyników z dwóch ostatnich sprawozdań, jak poniżej zobaczymy. Takie wahanie w liczbach, oznaczających spadek ciepłoty, jest bezpośrednio związane ze znanym ze swej nieprawidłowości przebiegiem sprawy gruźliczej. Posuwa się on po linii łamanej, o zboczeniach z góry nieprzewidzianych. Jeśli zazwyczaj stopniowe znikanie gorączki i zbliżanie się ciepłoty ciała do poziomu prawidłowego jest ze stanowiska klinicznego wskazówką poprawy, to znów zdarzają się nierzadko przypadki, gdzie chory po dłuższem leczeniu traci zdawałoby się na stałe gorączkę, ale na krótki czas przed opuszczeniem Zakładu wskutek nieznacznego powikłania (np. niewielkie suche zapalenie opłucnej) znów popada w lekką gorączkę lub w stan podgorączkowy. Taki chory z konieczności nie może w chwili wyjazdu figurować w rubryce »utrata gorączki«. To samo da się powiedzieć o znikaniu laseczników, które słusznie bywa uważane za rozstrzygający czynnik wyleczenia. Jak powikłana jest ta sprawa, świadczy o tem choćby ten znany fakt, że przy uodpornieniu na maksymalne dawki starej tuberkuliny Kocha (np. cały 1 gram) i przy zupełnej utracie gorączki laseczniki mogą swobodnie bujać w ustroju. Przytem zauważyć należy, że znikanie laseczników bywa także nieraz kapryśne; zdarzają się przypadki, że równolegle z poprawą stanu ogólnego i płuc, laseczniki znikają na czas dłuższy, a później znów się pokazują, choć poprawa idzie niewzruszenie naprzód. Bywa czasem wręcz odwrotnie. Zastrzeżenia takie

są konieczne, aby usprawiedliwić wahania w cyfrze znikania TB., które nie jest w bezpośredniej harmonii z dodatnimi wynikami klinicznymi w naszych różnych sprawozdaniach.

Cyfry znikania laseczników przedstawiają się w następujący sposób:

Sprawozdania:

I. u 11% ogółu chorych		IV. u 9·2% ogółu chorych	
II. » 14% » »		V. » 18% » »	
III. » 23% » »	obecne	VI. » 17·8% » »	

Cyfra najwyższa, 23%, jest w III. sprawozdaniu, gdy tymczasem wyniki leczenia w IV przy cyfrze 9·2% są lepsze od III. Dodatnie wyniki wynoszą w III. sprawozdaniu około 80% procent poprawy; w IV. — 82·8%.

Co się tyczy wagi, zauważymy tylko w paru słowach, że przybytek dotyczy w poprzedniem (r. 1908) i w niniejszem sprawozdaniu największej liczby chorych, a mianowicie waga zwiększa się u 80 lub 81% przy średniem zwiększaniu się 6·3 lub 6·4 kg. na osobę w ciągu 100 dni, przyczem maximum na 100 dni doszło do 33 kg. Natomiast średnia utrata 2·3 kg. na osobę jest obecnie najmniejszą w zestawieniu ze wszystkiemi poprzedniemi sprawozdaniami.

Przechodzimy teraz do ogólnych wyników leczniczych, zawartych w tablicy II. Chorych naszych dzielimy, jak dawniej, na trzy okresy wedle starej klasyfikacyi Turbana, uznając w gruncie rzeczy jej wielkie braki, polegające, jak wiadomo, na uwzględnieniu tylko rozległości zmian anatomicznych, bez uwzględnienia tak ważnych rzeczy, jak odporność ustroju, większy lub mniejszy stopień zatrucia przez toksyny gruźlicze itd. itd.

Zaznaczamy, że jak dawniej, tak i teraz, unikamy określenia »wyleczenie«, o którem rozstrzyga tylko czas, a określamy poprawę wyrazem »względna«, gdy dotyczy głównie stanu ogólnego; »znaczna« — gdy jednocześnie spostrzega się wybitną poprawę także i w płucach. Jak nam wskazują cyfry, mamy obecnie ogółem 86% poprawy (znaczna 55%, względna 31%), 9·7% bez zmiany, 3% pogorszeń i tylko 1·3% zejść śmiertelnych. Liczby te są wyższe od liczb w pierwszych czterech sprawozdaniach i trochę niższe od liczby z V. sprawozdania w r. 1908, gdzie odsetek poprawy wynosił 89·7% ogółu chorych. Gdy zważymy jednak, że w r. 1908 mieliśmy w I okresie według Turbana 41·6%

ogółu, oraz 23% w III, — w r. 1909 zaś mamy tylko 36% w I. okresie i 25% w III, to nieznaczna różnica 3·7% na niekorzyść r. 1909 da się przy uwzględnieniu gorszego obecnie materyału całkowicie wyrównać.

Dla nakreślenia zupełnego obrazu wyników leczniczych, należy się jeszcze zatrzymać na niektórych ważnych szczegółach, stanowiących powikłania w przebiegu zasadniczej sprawy chorobowej.

Przedewszystkiem krwioplucia i krwotoki, o których krążą całe legendy, jakoby klimat wysokogórski działał w tym kierunku szkodliwie, wywołując bezpośrednio ten objaw, tak częsty w gruźlicy płuc. Przeciwko tej legendzie występowaliśmy już niejednokrotnie, dowodząc, iż jest wytworem wyobraźni: rozumowanie bowiem oparte na faktach i liczbach podcina je w samej osnowie. Faktem jest, iż krwioplucia występują we wszelkich klimatach, że nie mają bezpośredniego związku ze stopniem nasilenia choroby, gdyż brak ich często u ciężko chorych, aż do zejścia śmiertelnego, z drugiej znów strony pokazują się u ludzi pozornie zupełnie zdrowych, jako pierwszy objaw choroby, że ostatecznie nieznana nam jest ich zasadnicza przyczyna, jeno sam mechanizm. Jestto jednem słowem powikłanie, z góry nieprzewidziane, pozbawione objawów zwiastunowych. Logicznie więc rzecz biorąc, twierdzenie, iż taki a taki klimat »usposabia do krwotoków«, jest poprostu twierdzeniem gołosłownem, nie przeszkadza to jednak tworzeniu się bajek na ten temat przy rozprawianiu o górskim klimacie przez ludzi, nie znających jego właściwości.

W sprawie tej podajemy następującą statystykę:

Krwioplucia i krwotoki.

	przed przybyciem do sanatoryum	powtórzyły się w sanatoryum	po raz pierwszy w sanatoryum
	ogółu chorych		z całej liczby chorych
I. sprawozd.	u 34%	u 18%	u 2·7%
II. »	» 36%	» 18%	» 0·8%
III. »	» 31%	» 18%	» 2·0%
IV. »	» 43%	» 20%	» 2·6%
V. »	» 45%	» 14·2%	» 1·9%
VI. obecne	» 48% [3])	» 10% [4])	» 2·3% [5])

[3]) Czyli krwioplucia i krwotoki pojawiały się u 147 (na 303) chorych przed przybyciem do Zakładu.

[4]) Powtórzyły się u 15 chorych.

[5]) Po raz pierwszy u 7 chorych.

Liczby te są tak wymowne, że nie potrzebują żadnych komentarzy i uwalniają klimat nasz od obrońcy przed niepowołanymi oskarżycielami.

Jedno tylko zaznaczyć należy, że nigdy nie mieliśmy tak małej liczby powtarzających się w Sanatoryum krwotoków. Przypominamy przytem przytoczony w poprzednich sprawozdaniach fakt, a mianowicie, że cyfry nasze, obejmujące wielki materyał, gdyż razem 1618 chorych (obecnie w 6 sprawozdaniach), zgadzają się z cyframi z sanatoryów wyżej położonych, jak Leysin (1400 metr.), Davos (1650 metr.), Arosa (1800 metr.).

To samo da się powiedzieć o gruźlicy krtani, na którą ma rzekomo wpływać szkodliwie klimat wysokogórski, choć bardzo wybitni laryngologowie polscy przysyłają nam tu ciężkie przypadki, przy istniejącej naturalnie gruźlicy płuc. W artykule »Uwagi o wskazaniach do leczenia gruźlicy płuc w Zakopanem« (»Nowiny lek.« Nr 1 i 2, 1910 przez Dra K. Dłuskiego), dotyczącym 1550 chorych, podaliśmy średnią liczbę polepszeń, która, wahając się w ciągu 7 lat, trzyma się na średnim poziomie 50% do 60%. Obecnie mamy nieznaczną liczbę chorych z gruźlicą krtani, gdyż tylko 24, co stanowi bardzo mały odsetek całej liczby, okrągło 8% (średnio mamy 11—12%). Natomiast otrzymane wyniki uważać można za zadowalniające, a mianowicie: u 6 chorych znaczna poprawa, u 10 względna, 8 bez zmiany. Nadmienić zaś należy, że w liczbie 24 przypadków mieliśmy 7 ciężkich z wielkiemi zmianami w krtani w postaci rozległych nacieków i owrzodzeń. Zdaniem naszem tak pomyślny wynik przypisać należy szczególnej odporności chorych, u których przed poprawą krtani nastąpiła wybitna poprawa stanu ogólnego, a następnie płuc. Jeśli dla uzupełnienia obrazu dotkniemy innych powikłań w przebiegu gruźlicy płuc, to, jak zwykle, niekorzystnie przedstawi się gruźlica jelit. Mamy 7 przypadków stwierdzonych klinicznie i bakteryologicznie, z których w jednym lekkim przypadku względna poprawa (czy stała? Przyp. autorów), 3 bez zmiany, 3 wyraźne pogorszenia. Tak samo rzecz się ma ze zmianami nerek na tle gruźliczem (nie mówimy o zwykłych zapaleniach nerek, lub o przejściowym białkomoczu), gdzie na 2 przypadki mamy 2 pogorszenia. Gruczoły na szyi (mamy na względzie tylko większe, począwszy od wielkości fasoli do wielkości jaja kurzego) w 12

przypadkach dają następujący wynik: 1 duża i 1 względna poprawa, 1 pogorszenie, 9 bez zmiany.

Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, zapewne natury gruźliczej, w przypadkach 4 (1 znaczna poprawa, 1 względna, 1 bez zmiany, 1 pogorszenie), oraz 1 przypadek ostrego zapalenia wyrostka z pomyślnem ukończeniem bez zabiegu chirurgicznego.

Spostrzegaliśmy następnie: 1 pleuritis haemorrhagica, 2 pneumothorax, 1 ulcus linguae, 1 pericarditis exsudativa, 1 nephrolithiasis. Wreszcie 3 fistulae ani (2 znaczne poprawy, 1 zupełne wyleczenie), 1 peritonitis tub. ze znaczną poprawą i 1 spondylitis z zimnym ropniem opadowym (poprawa względna).

Wreszcie dzielimy się z czytelnikami spostrzeżeniami, dotyczącemi charakterystycznych ognisk gruźliczych, oraz suchego zapalenia opłucnej. Co się tyczy pierwszych, obszerniej mówić nie będziemy, odsyłając do poprzednich sprawozdań. Zaznaczymy tylko pokrótce, że głównem ich siedliskiem jest w prawem płucu przestrzeń od grzebienia do połowy łopatki, w lewem zaś II. i III. międzyżebrze w pobliżu mostka, że sprawa w takich ogniskach wyprzedza pojawienie się sprawy szczytowej, lub pojawia się samodzielnie, że jest uporczywsza i mniej skłonna do poprawy. Ognisk takich spostrzegaliśmy w prawem płucu 27, w lewem — 10, razem 37, czyli okrągło u 12% chorych.

O suchem zapaleniu opłucnej, które samo przez się jest tak częstem zjawiskiem w przebiegu gruźlicy płuc, wspominamy dlatego osobno, że ma swe szczególne cechy, a mianowicie: zjawia się nieraz przelotnie, a towarzyszące mu objawy, jak ból i tarcie, znikają czasem w ciągu kilku godzin na stałe, lub wracają, a znów po krótkim czasie znikają i t. d. Miejsce takiego suchego zapalenia opłucnej bywa nieraz bardzo ograniczone, zajmuje zaledwie parę ctm; czasem zapalenie opłucnej opuszcza na stałe dawne siedlisko i przerzuca się w miejsce daleko od piewszego położone; wreszcie objawy podmiotowe niejednokrotnie nie harmonizują z nasileniem przedmiotowem sprawy, gdyż przy rozległem tarciu ból i kłucie bywają bardzo małe i naodwrót[6]). Tego rodzaju zapalenie opłucnej nazywamy »pleu-

---

[6]) Jako przykład, następujący przypadek: Chory dostaje raptem wieczorem tak silnego kłucia w III międzyżebrzu lewem, że krzyczy na cały głos; ciepłota podnosi się raptem do 40%;

ritis sicca volans«. Liczba takich przypadków wynosi w obecnem sprawozdaniu 42, czyli około 12%.

Omówiliśmy wszelkie poszczególne pozycye, dotyczące wyników leczniczych, o ile można dokładnie; czytelnik więc może sam wysnuć wnioski.

Na zakończenie pragniemy poświęcić słów parę frekwencyi chorych, od czego bezpośrednio zależy przyszłość Zakładu.

Pomimo wielkiego uprzedzenia do wszystkiego, co niema etykiety zagranicznej, pomimo strachów przed wiatrami halnymi (wieją one średnio kilkanaście dni w ciągu roku), pomimo narzekań na dżdżyste lato itd., frekwencya Zakładu stale wzrasta, a największą liczbę chorych mamy w miesiącach zimowych i letnich. Frekwencya, która od I. roku podniosła się w 1907 r. o 55%, wzrosła w 1908 i 1909 r. jeszcze o 20%, więc razem o 75% do końca r. 1909. Z tego wypada logiczny wniosek, że istniała potrzeba powstania Zakładu i że on tej potrzebie odpowiada. Za takim wnioskiem przemawiają bezpośrednio liczby. Ale oprócz ilościowego, liczby nasze mają jeszcze jakościowe znaczenie. Twórcy Zakładu największe nadzieje pokładali w Królestwie Polskiem i w Warszawie, ze względu na to, że na terytoryum tem mieszka w zwartej masie najwięcej Polaków. Tymczasem pomimo wzrastającej ogólnej frekwencyi, frekwencya z Królestwa Polskiego i Warszawy spada: w 1903 i 1904 wynosiła 38·5% i 39·6% całej liczby chorych (umieszczonych w tabl. I.), w roku 1909 spadła do 32·3%. Natomiast frekwencya z Galicyi stale wzrasta i z 27% i 30% w 1903 i 1904 podniosła się do 35% w r. 1909. Z drugiej strony wieści o Zakładzie przekraczają znacznie nasze granice etnograficzne. Wśród Rosyan, których frekwencya z 4% w pierwszym roku wzrosła do 9—10% w ostatnich dwóch latach, mamy chorych nietylko z południowych, środkowych i północnych gubernii, ale i z tak oddalonych, jak gub. permska, orenburska, Kaukaz, a nawet i Syberya (gub. irkucka i Obłast Jakucka). Jest to świadectwem, że Sanatoryum potrafiło zdobyć sobie opinię daleko poza granicami własnego kraju.

---

tymczasem badanie wykazuje słabe tarcie na przestrzeni 2—3 cm. Wstrzyknięcie morfiny, szybkie uspokojenie bolu i zniknięcie tarcia, nazajutrz rano ciepłota prawidłowa.

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1909 do 31. grudnia 1909 (włącznie).

Narodowość	Ilość	Płeć		Pochodzenie	Ilość	Liczba dni leczenia	Wiek		
							lat	osób	
Polacy	299	163 mężczyzn	187 kobiet	Galicya	117	7763	0—10	3	Średnia pobytu jednego chorego 78·6 dni
Rosyanie	33			Królestwo	83	6007	11—20	50	
Rusini	13			Warszawa	30	2668	21—30	145	
Niemcy	2			Rosya	114	10624	31—40	76	
Gruzinka	1			Księstwo Poznańskie . . .	5	333	41—50	54	
Węgierka	1			Inne	1	131	51—60	19	
Francuz	1						>60	3	
Razem	350	350		Razem	350	27526		350	

TABLICA II.

Wyniki leczenia 303 chorych za czas od 1. stycznia 1909 do 31. XII. 1909 (włącznie).

Płeć		Wiek		Obciążenie dziedziczne		Gorączka		Prątki		Waga obliczona na 100 dni						Okresy	Poprawa		Stan	Pogorszenie	Śmierć
		lata	osób	rodzaj *)	osób												znaczna	względna	bez zmiany		
134 mężczyzn	169 kobiet	0—10	3	o^1	95	przyjechało z gorączką osób 222	utraciło gorączkę osób 87	przyjechało z tb osób 118	utraciło tb osób 21	242 przybrało 6·4 kg.	42 straciło 2·3 kg.	10 bez zmiany,	9 nieznana	ogólna liczba dni leczenia 26747	średnia na 1 chorego 88·3						
		11—20	46	o^2	3											I. 108 36%	69	32	7	—	—
		21—30	124	o	92																
		31—40	69	bez	113																
		41—50	43													II. 120 39%	71	36	9	3	1
		51—60	16																		
		> 60	2																		
																III. 75 25%	27	25	13	7	3
303		303		303		% utraty gorączki 39·2%		% utraty tbc 17·8%		przybytek u 80% ogółu						razem 303	167 55%	93 31%	29 9·7%	10 3%	4 1·3%

*) o^1 — oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o^2 — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

Dr K. Dłuski i Dr S. Rudzki.

